

Adresse Antragstellerin/Antragsteller

## Ärztliche Bescheinigung

gem. § 2 Abs. 1 Nr. 3 NotSanG

(Vorlage im Original und nicht älter als 3 Monate)

für die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

**„Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“**

Frau/Herr

geboren am

wohnhaft

ist heute von mir untersucht worden.

Es wird hiermit bestätigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht für die Ausübung des Berufes als „Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ geeignet ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes